

## 飯田下伊那診療情報連携システム 登録申込書

私は、下記説明書から飯田下伊那診療情報連携システム【Eze Link】に関する説明を受け、その目的および利用方法等を理解しましたので、参加施設（今後、新たに参加する施設を含む）間で医療情報連携を実現するために、本システムに登録することに同意し、申し込めます。

申 込 年 月 日	年 月 日		
フリガナ			性別
患者氏名（仮置）			男・女
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住 所	〒	電話番号	
代理人登録の場合 代理人氏名（仮置）		姓 名	

【登録申し込み時に患者ID登録が必要な施設名】

※登録をお済みの場合は、右枠にチェックしてください。☐

- ① 施設名 \_\_\_\_\_ (I.D. : \_\_\_\_\_ )
- ② 施設名 \_\_\_\_\_ (I.D. : \_\_\_\_\_ )
- ③ 施設名 \_\_\_\_\_ (I.D. : \_\_\_\_\_ )
- ④ 施設名 \_\_\_\_\_ (I.D. : \_\_\_\_\_ )
- ⑤ 施設名 \_\_\_\_\_ (I.D. : \_\_\_\_\_ )
- ⑥ 施設名 \_\_\_\_\_ (I.D. : \_\_\_\_\_ )
- ⑦ 施設名 \_\_\_\_\_ (I.D. : \_\_\_\_\_ )

【医療機関記入欄】

設置年次	年 月 日
設置施設名	設置者氏名